



DIRECCIÓN  
REGIONAL DE SALUD  
PUNO

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE  
MEDICAMENTOS INSUMOS  
Y DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

<b>FORMATO DC-1</b> <b>Solicitud - Declaración Jurada</b>	
<b>COMUNICACIÓN DE ASUME/ NUEVA:</b>	
a) DIRECCIÓN TÉCNICA	<input type="checkbox"/>
b) QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE	<input type="checkbox"/>

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES SANITARIAS:  
<https://forms.gle/FW hu8JYXpDXMds7J8>

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIREMID)			
CATEGORÍA:	DROGUERÍA <input type="checkbox"/>	ALMACEN ESPECIALIZADO	<input type="checkbox"/>
1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:	<input type="text"/>	N°. REGISTRO DE EF	<input type="text"/>
2. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>		
3. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>		
4. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (Según lo autorizado por DIREMID):			
Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>
INT.:	<input type="text"/>		
URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>
LOTE.:	<input type="text"/>		
DISTRITO:	<input type="text"/>	PROV.:	<input type="text"/>
DPTO.:	<input type="text"/>		
Correo Electronico:	<input type="text"/>	Telefono:	<input type="text"/>
LEGIBLE, OBLIGATORIO			
5. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN: (Congruente con la dirección consignada en el RUC)			
Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>
INT.:	<input type="text"/>		
URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>
LOTE.:	<input type="text"/>		
DISTRITO:	<input type="text"/>	PROV.:	<input type="text"/>
DPTO.:	<input type="text"/>		
6. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO			
Marcar con X los días	Especificar las Horas (De... A: ...)	Marcar con X los días	Especificar las Horas (De... A: ...)
<input type="checkbox"/> LUNES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VIERNES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MARTES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SÁBADO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DOMINGO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> JUEVES	<input type="text"/>		
PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:			
7. APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>
DNI:	<input type="text"/>	TELÉFONO:	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS			
8.	<input type="text"/>		
LEGIBLE, OBLIGATORIO			
AUTORIZO que a través de este correo electrónico se efectue todas las notificaciones que se requieran para este trámite, de acuerdo con el artículo 20 numeral 20.4 del texto único ordenado de la Ley N° 27444, Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS			MARCAR <input type="checkbox"/>

**INFORMACIÓN DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL QUE ASUMIRÁ EL CARGO:**

9. APELLIDOS:  NOMBRES:   
C.Q.F.P. N°:  email  DNI:  TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**10. HORARIO DE LABOR**

Marcar con X los días Especificar las Horas (De:.. A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____				

**INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

11. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI  ESTUPEFACIENTE   
NO
12. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI  PSICOTRÓPICO LISTA IVB   
NO

**DOCUMENTOS A ADJUNTAR**

- 1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según **FORMATO DC-1**
- 2 Copia del cargo de la renuncia de la Dirección Técnica anterior, presentada al propietario o representante legal del establecimiento o declaración jurada del representante legal del establecimiento indicando que no cuenta con Director Técnico, indicando la fecha de ser el caso.

El Director Técnico o Asistente debe encontrarse en situación de **HÁBIL**, en la consulta de colegiados de la página web: Portal Institucional del Colegio Profesional. Adjuntar copia de DNI y Título profesional en caso de no encontrarse registrado en el Padrón Nacional de Directores Técnicos de DIGEMID

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASÍ MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

Puno, ..... de ..... Del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Director Técnico  
o Químico Farmacéutico Asistente

\_\_\_\_\_  
Firma del Propietario o Representante Legal  
y sello del establecimiento farmacéutico